

Янкелевич Е.Д., Черенкевич А.А.,  
Алещенко Г.В., Харинтончик М.Г.

**ТУБОУВАРИАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС С  
ПЕРФОРАЦИЕЙ В ЗАБРЮШИННОЕ  
ПРОСТРАНСТВО И ПАХОВЫЙ КАНАЛ**

/ Брест /

Наиболее распространенной формой гнойных воспалительных заболеваний придатков матки является тубоовариальный абсцесс. При прогрессировании инфекции тубоовариальные абсцессы перфорируют в 32 % случаев. Перфорация абсцесса может быть в брюшную полость с развитием разлитого перитонита, внутрибрюшинных абсцессов и т.д. Перфорация может быть в полый орган, могут формироваться пузырьно-придатковые, кишечно-придатковые и брюшно-стеночнопридатковые свищи. В доступной нам литературе мы не встретили описания случаев

перфорации tuboовариальных абсцессов в забрюшинное пространство. Приводим наше наблюдение.

Больная В., 47 лет, поступила в хирургическое отделение Брестской горбольницы 21.06.97г. с диагнозом: паховый лимфаденит?, рак яичников?. Жалобы на боли в нижней части живота, наличие опухолевидного образования в левой паховой области, вздутие живота, задержку стула и газов. Из анамнеза: в феврале 1997г. при профосмотре была выявлена больших размеров опухоль в малом тазу. Больная была консультирована онкогинекологом, был выставлен диагноз заднего и бокового подострого параметрита, рекомендовано стационарное лечение, от которого больная отказалась. После этого неоднократно вызывалась на прием, но от посещения женской консультации отказывалась. Состояние резко ухудшилось за 4 дня до поступления, когда появилась "опухоль" в левой паховой области.

При объективном исследовании установлено, что со стороны сердца и легких патологии нет. Живот умеренно равномерно вздут, болезнен в левой половине, где определяются нечеткие симптомы раздражения брюшины. В левой паховой области опухолевидное образование 7x10 см, болезненное, кожный покров над ним гиперемирован. На обзорной рентгенограмме брюшной полости — чаши Клойбера.

С предварительным диагнозом: ущемленная паховая грыжа слева, флегмона грыжевого мешка, перитонит, больная оперирована 21.06.97г. — средне-срединная лапаротомия. Патологии со стороны тонкой кишки, поджелудочной железы не выявлено. Поперечно-ободочная кишка резко раздута. Большой сальник весь сосредоточен в левом боковом канале, на нем налеты фибрина, он рыхло припаян к париетальной брюшине. После его отделения оказалось, что брюшина задней и боковой стенок живота зеленовато-черного цвета, флюктуирует, т.е. имеется забрюшинная флегмона, которая немного не доходит до почки, нижний край ее четко определить не удастся, т.к. он плавно переходит во флюктуирующее образование в левой половине малого таза. Матка смещена влево, находится в довольно плотном инфилтрате. Дугласово пространство запаяно. При отделении сигмовидной и прямой кишки вскрыта громадная полость абсцесса в области левых придатков, которая сверху соединяется с забрюшинной флегмоной, ниже идет кпереди и по ходу круглой связки матки по левому паховому каналу распространяется на левую большую половую губу. Произведено удаление левых придатков матки, забрюшинная флегмона опорожнена и дренирована внебрюшинным путем. Через большую половую губу дренирован паховый канал. Тяжелый послеоперационный период, медленное выздоровление. Выписана 31.07.97г. осложнился обширным нагноением послеоперационной раны, которое удалось ликвидировать к моменту выписки на 41 день после операции.